julho/82 tema 1.1

projeto radis reunião, análise, difusão de informação sobre saúde

Regionalização, municipalização, participação comunitária.

O que a reforma tributária tem a ver com isso.

Escolhemos como primeiro *Tema*, uma questão que, embora recebendo escassa atenção dos jornais (apenas 12 notícias nos 3 últimos meses) é de enorme importância para os sanitaristas. A imprensa nos informa que foi organizado no Ministério da Fazenda e na Secretaria de Planejamento da Presidência da República um grupo de trabalho com o objetivo de subsidiar as autoridades na formulação de uma proposta do Executivo para uma *Reforma Tributária*, a ser encaminhada ao Congresso Nacional até março de 1983; caberá a este – que, é bom lembrar, será eleito, em sua maior parte, dia 15 de novembro - definir qual será a conformação de nossa futura estrutura fiscal, ou seja quanto se pagará de imposto, quanto a União, os Estados e os Municípios terão para gastar - e, até certo ponto, em que deverão gastar.

Pela Lei 6229, que institui o Sistema Nacional de Saúde, a assistência à saúde é encargo desses três poderes. A parte que cabe a cada um deles é não apenas uma questão de princípios – definidos pela Lei – mas também de capacidade financeira. E na atual estrutura tributária, onde uma parte muito pequena é destinada diretamente aos Estados e Municípios, são muito estreitos os limites da regionalização e da municipalização dos serviços de saúde. Desde os anos de 1967, 1968, na Saúde Pública como em todos os outros setores políticos e econômicos, impera no Brasil uma grande centralização de poder - político e econômico - para o qual contribuiram, entre outros fatores e em planos diferentes, o crescimento da autoridade do Poder Central, o crescimento da Previdência Social, a Reforma Tributária de 1967, enfim, uma série de instrumentos que caracterizam um período de autoritarismo e de primazia de critérios "técnicos" na condução do governo, em desfavor de uma maior participação na formulação de políticas que, afinal de contas, lhe interessam de perto.

Entretanto , manifestações recentes do governo mostram um fortalecimento ainda débil da posição dos que defendem a descentralização. Na área da Saúde e Previdência, podemos citar: a própria Lei 6229, embora não inteiramente implementada; o PREVSAÚDE, embora não tenha passado de uma declaração de intenções; as afirmações do novo Ministro da Previdência e Assistência Social, em cuja opinião "O Brasil tem um grande problema, a centralização. Todos os outros são decorrência." (Folha de São Paulo, 6/6/82).

Aliás, é um fato curioso o recente consendo de técnicos e políticos a respeito da descentralização dos serviços de saúde. Atualmente pessoas dos mais variados matizes políticos e instituições as mais diversas defendem a forma descentralizada de planejamento e administração dos serviços de saúde. Aquilo que até há poucos anos era uma bandeira da oposição, é hoje defendido por várias autoridades governamentais. É claro que essa quase unanimidade de princípios encobre uma diversidade de pontos de vista. Em um extremo, a descentralização é privilegiada como meio de racionalizar os serviços, de distribuir competências e responsabilidades. Em outro, defende-se não apenas a descentralização, mas sim a participação da população na condução dos serviços de saúde.

Tanto a delegação de autoridade como a aproximação dos serviços de saúde às comunidades passam por sua regionalização e municipalização e só se pode pensar nisso a partir da redefinição do poder político e econômico dos estados e municípios. É óbvio, assim, porque destacamos esse tema para inaugurar nossa linha de documentações temáticas. Além do mais, trata-se também de uma questão de oportunidade. Certamente todos os interessados nos problemas da Saúde Pública vêm acompanhando de perto a questão da regionalização, da municipalização, da participação comunitária. Mas poucos estão atentos para a reforma tributária e seus efeitos sobre os serviços de saúde – principalmente devido à aparência técnica que sua ainda fraca discussão vem assumindo.

Nosso propósito central, portanto, é ressaltar a relevância da questão da reforma tributária para a organização dos serviços de saúde pública, apontando ainda para suas dimensões políticas e econômicas, tentando mostrar a possibilidade e a necessidade de uma maior participação, nessa discussão, de todos aqueles que afirmam a importância da descentralização de poderes e da organização dos serviços de saúde a nível local e comunitáio.

A presente documentação é constituída por um texto do grande sanitarista Mário Magalhães da Silveira, sobre *Municipalização dos Serviços de Saúde;* pela transcrição de uma mesa-redonda por nós organizada, onde foi debatida a relação entre reforma tributária e saúde pública; por um levantamento das notícias surgidas nos principais jornais de circulação nacional, retratando a maneira em que a reforma tributária vem sendo encaminhada e debatida. Os que se interessarem por material complementar, bem como por alguma bibliografia sobre os temas aqui abordados, podem se dirigir a nós que tentaremos atender, na medida de nossas possibilidades.

TEMAS é uma publicação do projeto reunião, análise e difusão de informações sobre saúde (RADIS), desenvolvido na escola nacional de saúde pública da fiocruz. As matérias e as opiniões aqui expressas não representam, necessariamente a posição oficial da instituição.

Resumo do noticiário

Os jornais mostram o estágio ainda reservado das discussões: a reforma tributária não é tema de maiores debates porque, por um lado, é conduzida como questão de técnica de tributação; por outro, suspeita-se que ela seria apenas um instrumento de manipulação das discussões políticas, correspondendo a um interesse do Governo Federal em arrebatar plataformas das oposições. Algumas manifestações, entretanto, já se fizeram ouvir.

28.03.82 — O Ministro Delfim Neto anuncia o encaminhamento do projeto de reforma tributária ao Congresso, depois das eleições, acentuando que "a questão não é quando vai repassar, mas sim as tarefas e recursos que serão transferidos aos estados e municípios. A comunidade local tem de ter um pouco mais de autonomia para decidir sobre seus próprios problemas. Uma parte importante do déficit do INPS foi produzida pela centralização. Antigamente, as comunidades tinham seu sistema próprio de assistência médica. A Santa Casa não vivia de recursos federais... Claro que é muito mais fácil vir a Brasília e eximir a localidade de responsabilidades." (O Globo)

31.03.82 — Ernane Galvêas anuncia algumas das propostas para a efetivação de uma reforma tributária: alíquotas diferenciadas do ICM "de maneira a taxar mais fortemente os produtos considerados supérfluos e aliviar a carga fiscal sobre alimentos e bens essenciais"; e redimencionamento da distribuição de recursos tributários entre a União, e o Estado e o Município. (O Globo)

3.04.82 — O Secretário Geral da Fazenda, Carlos Viacava, anuncia a formação de grupo de trabalho para realizar estudos sobre a reforma tributária, afirmando que suas diretrizes básicas são: deixar um parte significativa do recolhimento do ICM nos estados, aumentando os encargos estaduais nas despesas com educação, saúde e transporte. (Jornal do Brasil)

4.04.82 — "A intenção do governo de realizar uma nova reforma tributária tem três objetivos: retirar dos partidos políticos de oposição uma possível bandeira de campanha eleitoral; evitar um movimento nacional de governadores, prefeitos e secretários da Fazenda no sentido de conseguirem uma fatia maior do bolo tributário, ainda este; e desviar, um pouco, a atenção da sociedade dos difícieis problemas conjunturais por que passa a economia brasileira."(Estado de São Paulo)

14.04.82 — Ao divulgar a portaria interministerial que cria um grupo trabalho que apresentará, até março de 1983, um projeto de mudança tributária e fiscal, o Secretário Geral Fazenda anuncia que a reforma fiscal não se limitará ao ICM e levará em conta quatro objetivos: descentralizar as receitas; aumentar a autonomia dos estados e, especialmente, dos municípios; engajar os estados na promoção das exportações; e tributar os produtos, principalmente alimentos, de acordo com a sua essencialidade. (Estado de São Paulo)

16.04.82 — Durante o VI Encontro Nacional dos Exportadores, o Presidente do Banco Central, Carlos Langoni, afirma que a reforma tributária deverá substituir o subsídio às exportações (muito onerosas para o orçamento da União) por isenções tributárias. O Presidente da Associação Brasileira de Exportadores, Laerte Setúbal, defende a criação de mecanismos mais eficazes ("fundão") para ressarcir os exportadores da cobrança do ICM, alegando a extrema morosidade do sistema atual de devolução. (O Globo)

22.04.82 — O 3º Encontro Municipal do Setor de Saúde e o 2º Encontro Secretários Municipais de Saúde aprovam proposta defendendo a realização de uma reforma tributária visando maior autonomia dos municípios; a "destinação de novos recursos vinculados especificamente aos serviços básicos de saúde"; a "integração dos organismos prestadores de serviços de saúde criando-se um sistema hierarquizado com uma 'porta de entrada' única para o sistema" a "municipalização dos serviços básicos de saúde"; e a "elaboração de progamas de saúde pelas comunidades". Folha de São Paulo)

26.04.82 — Segundo um membro do grupo de trabalho que estuda a reforma fiscal, já se teria chegado ao primeiro consenso: não se poderia propor alternativas que reduzissem os níveis de arrecadação e que alijassem o governo federal "de um certo nível de centralização tributária".(Folha de São Paulo)

26.04.82 — O Sindicato Rural do Rio de Janeiro propõe a isenção de ICM e IPI para alimentos e medicamentos, e tributação progressiva dos lucros de industrias e comerciantes. (O Globo)

29.04.82 — Carlos Viacava anuncia que o grupo de trabalho que estuda a reforma tributária analisa a proposta de eliminação do ICM para produtos alimentares de primeira necessidade (arroz, feijão, farinha, macarrão, leite e ovos), além da redução da carga tributária de roupas e alimentos. Informou, ainda, que o grupo discutiu em sua primeira reunião a eliminação do ICM sobre "alimentos indispensáveis para a formação de crianças e adolescentes". (Jornal do Brasil)

18.05.82. — O presidente da Federação das Associoções Comerciais de São Paulo, Guilherme Affif Domingos, declara que "a reforma tributária deve ser um instrumento de mudança de todo o modelo econômico brasileiro, que está superado e não um mero remendo para tentar resolver problemas conjunturais da economia". (Folha de São Paulo)

1.07.82 — Comentando declaração de Roberto Campos em seminário na Associação Comercial de São Paulo de que "numa economia que se pretenda capitalista, uma carga tributária que ultrapasse 25% do PIB altera a natureza do regime de produção", o Jornal do Brasil afirma que sua proposta "para redesenhar-se o perfil atuante do Estado na economia de mercado se destina a resolver a contradição de um país que já se encaminha para ser 'capitalista na retórica' e, na prática, se mostra cripto-socialista" e que "o instrumento dotado de eficiência para aparar os excessos da estatização econômica é a Reforma Tributária". (Jornal do Brasil)

Temos o privilégio de divulgar o texto que se segue. Duas vezes privilégio. Primeiro, trata-se da posição oficial do Ministério da Saúde à respeito da municipalização dos serviços, apresentada na III Conferência Nacional de Saúde em dezembro de 1963 que, ao contrário de todas as outras Conferências, nunca teve seu material publicado — estamos, assim, rompendo um silêncio de quase 20 anos que caiu sobre esse importante documento oficial. Segundo, o autor do texto é Mário Magalhães da Silveira, cuja obra, em nosso país de curta memória, é tão pouco consultada. Duas coisas, parece-nos, chamam a atenção.

Uma, é o fato de que a descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços de saúde pública, apresentadas como solução para os sistemas de saúde, trombeteadas pela OMS e por outras instituições, a partir do encontro de Alma Ata, como a grande descoberta que iria resolver os problemas sanitários, eram receitas antigas e já prescritas. O que serve para mostrar que também no campo da saúde pública mais vale aos interessados, antes de dedicar suas energias a descobrir a pólvora, procurar no passado se já não foram encontradas as soluções.

Outra, é que em 1963 a luta pela descentralização dos serviços de saúde era mais simples: naquele tempo os Estados e Municípios gozavam de uma considerável autonomia financeira, perdida a partir da reforma tributária de 1967. Atualmente se coloca a necessidade de travar duas batalhas: por uma maior disponibilidade financeira dos poderes regionais e locais e por uma descentralização administrativa da Saúde Pública. Esta só poderá existir se aquela existir. Se assim não for, o mais provável é que fiquemos no campo da retórica didática, que limitemo-nos à administração das idéias vazias.

Municipalização dos serviços de saúde

As atividades sanitárias no Brasil têm conseguido grandes triunfos, ninguém o pode contestar. As condições sanitárias do Rio de Janeiro e muito mais as do resto do país nos princípios do século, eram verdadeiramente calamitosas. O panorama atual é inteiramente diverso, tendo sido o crescimento da economia nacional fator decisivo para esta modificação. Os trabalhos de saúde pública atenderam com eficiência e presteza aos reclamos nacionais, contribuindo decisivamente para que o esforço nacional não fôsse comprometido pela presença em nossos portos de doenças postilenciais e todas as suas conseqüências. Não há dúvida que decorreu do trabalho das nossas autoridades sanitárias, que se tornasse efetiva a lei de abertura dos portos ao comércio de todas as nações.

Foram conseqüentemente desaparecendo do quadro nosológico do país as doenças infecciosas de longa incidência e de grande repercussão internacional: cólera, peste, varíola e febre amarela, doenças que hoje, não resta a menor dúvida, se encontram praticamente erradicadas ou sob controle, não representando mais nenhum perigo ininente. Da mesma forma outras enfermidades de menor importância pelas suas conseqüências internacionais, porém, nem por isto menos graves no que diz respeito aos sofrimentos que determinavam às nossas populações, também vêm sendo submetidas a uma ação decisiva das autoridades sanitárias e entrando em rápido declínio, tais como: malária, tracoma, bouba, poliomielite, bócio, sífilis, gonorréia, febre tifóide.

É, pois, evidente e merecedor do reconhecimento nacional, o esforço, e dedicação e o trabalho daqueles que anonimamente e muitas vezes com salários irrisórios, vêm se dedicando à melhoria do estado sanitário do nosso país.

Acontece, porém, que, quando examinamos o trabalho permanente do sistema sanitário do País, isto é, as atividades ligadas aos problemas gerais de saúde pública, constata-se a sua ineficiência, por inadaptação às necessidades e possibilidades do povo brasileiro. Para caracterizar esta ineficiência basta referir os seguintes fatos que são indiscutíveis e da maior importância.

a) ainda hoje grande parte da população brasileira não é servida, em caráter permanente, por nenhum serviço de saúde pública que lhe atenda às mais simples necessidades: imunização contra as várias doenças transmissíveis que têm neste sistema sua profilaxia; fiscalização de gêneros alimentícios; inspeção sanitária promovendo a remoção higiênica dos dejetos; auxílio permanente na solução dos problemas de saneamento básico;

b) se é verdade que com a instalação dos serviços médicos dos Institutos e das Caixas de Pensões e Aposentadorias e dos Serviços de Pronto Socorro, mal ou bem, as populações das Capitais dos Estados e de muitas cidades importantes do interior, vêm obtendo uma assistência médica ainda merecedora de críticas, mas, de qualquer forma resolvendo muitas situações difíceis, grande parte da nossa zona rural não dispõe do menor apoio neste terreno, ficando inteiramente entregue aos curandeiros, às curiosas sem o menor conhecimento do seu ofício, e como terapéutica, à utilização das mais absurdas práticas ligadas à crendice e ao empirismo;

c) não conhecemos no Brasil quantos morrem, nem quantos nascem por ano. A organização sanitária brasileira trabalha, assim, sem bússola, pois com absoluta razão já no início do século afirmava o nosso ilustre patrono Oswaldo Cruz; "A Estatística Sanitária é a bússola da Saúde Pública." É claro que, se não se sabe quantos morrem, muito menos se pode saber de que morrem, e, logicamente, não está a saúde pública em condições de medir com certa precisão os resultados do seu trabalho e, muito menos, o que deverá fazer para melhor atender às suas finalidades de defender a vida das populações.

O Ministério de Saúde aceita hoje a hipótese formulada e defendida, desde algum tempo, por alguns dos seus técnicos, que esta situação resulta fundamentalmente de que a organização sanitária brasileira permanente, desde o seu início, tem sido vítima de não se ajustar às condições sócio-econômicas do País. Percorrendo em rápida síntese a história da saúde pública nacional, verificamos a constatação desta hipótese. Senão vejamos:

A primeira organização sanitária do Brasil foi criada por D. João VI, que, na sua fuga para o nosso País, perseguido pelo exército Junot, trouxe muitos dos mais notáveis cirurgiões do Reino e chegando à

Bahia, a 26 de janeiro de 1808, já em 7 e 9 de fevereiro baixava alvarás, transferindo para o Brasil toda a legislação sanitária de Portugal, sem nenhuma consideração pelas realidades locais.

É claro que apresentando o Brasil a Portugal condições inteiramente diferentes — área, densidade demográfica, situação econômica, cultural e outras — não poderia a legislação portuguesa satisfazer às necessidades brasileiras.

Portugal, por sua importância mundial no início do século XIX, dispunha de uma legislação sanitária bastante avançada mas inadaptável à situação de atraso do Brasil. Esse mau início, aliás, parece vir perseguindo a nossa organização sanitária, pois, estamos continuamente pretendendo introduzir medidas médico-sanitárias que, dando bons resultados em países de elevado nível econômico social, não chegam a funcionar no Brasil, não só por falta de recursos em pessoal e material para a sua ampla utilização, mas também porque não raro não são necessárias às nossas condições sanitárias. Outro prejuízo de graves conseqüências que nos foi legado pela legislação de D. João VI, foi a imposição da centralização administrativa.

Esses dois equívocos da primeira legislação sanitária outorgada ao País, ainda hoje vêm prejudicando a formulação de uma política de saúde pública que atenda às nossas reais necessidades.

É assim que, por sucessivas reformas, o nosso sistema sanitário vem sendo levado a adotar medidas e providências que, sendo talvez de grande alcance em países de elevado grau de desenvolvimento, não se ajustam às nossas condições. Já hoje ninguém discute que a nosologia de cada população é, de fato, uma decorrência de sua estrutura econômica; assim, os problemas sanitários dos países subdesenvolvidos são peculiares a esta condição, de forma que as atividades médico-sanitárias também são distintas e devem, por isso, corresponder a essa estrutura.

No desenvolvimento do programa de saúde pública no Brasil, uma questão de princípio vem preocupando os técnicos; a centralização e a descentralização. No Império, a predominância de uma ou outra corrente resultava de situação momentâneas. O mais lúcido de todos os administradores da Saúde Pública, do século passado, o Conselheiro Paula Cândido, foi, decididamente, pela descentralização, e os motivos que apresentava ainda hoje são válidos:

"No interior do País é incontestável que só as Câmaras Municipais e as Justiças territoriais podem cumprir funções que são, em meu pensar, mal cabidas nas atribuições da Junta, a qual nunca poderá ter por toda parte delegados seus que velem no cumprimento da Lei".

Com a proclamação da República, e a instituição do regime federativo nos termos da Constituição de 1891, a descentralização foi estabelecida, cabendo aos Estados a responsabilidade da administração sanitária.

Pela mesma Constituição foi concedida autonomia aos municípios, cabendo-lhes, por conseguinte, a organização e administração dos serviços locais do seu interesse. É evidente que, dentre estes, estavam os serviços sanitários do âmbito local.

As municipalidades brasileiras teriam, naturalmente, de percorrer longa caminhada, até adquirirem suficiente experiência para criar um sistema razoável de administração dos seus serviços. Essa circunstância não poderia significar a condenação das administrações locais, mas apenas a necessidade de que fossem ajudadas na aprendizagem que deviam iniciar.

De qualquer modo, com a proclamação da República e a adoção da descentralização, os serviços sanitários do Brasil continuaram, como não podia deixar de ser, funcionando precariamente. Aliás, é preciso reconhecer que era uma contingência a que estavam submetidas todas as populações. As atividades sanitárias tinham como finalidade quase exclusiva a luta contra as doenças transmissíveis. Nesse seitido é bastante elucidativa a leitura do livro de Harry S. Mustard — *Government in Public Health* — que examina a evolução do movimento sanitário nos Estados Unidos. De todas as maneiras e a partir de Oswaldo Cruz, o Governo da União, por imposição de fatores de toda ordem, entre os quais o econômico não foi o de menor importância, iniciou um trabalho efetivo no combate a certas doenças. A febre amarela foi o exemplo decisivo. A decretação da vacinação obrigatória contra a varíola, com todos os seus percalços e dificuldades, demonstrou igualmente a possibilidade do controle das doenças desse tipo.

As atividades da sáude pública vieram então estendendo-se e, apesar da descentralização, o Governo da União foi assumindo maiores responsabilidades, não só as que realmente lhe deviam caber, como outras que são de natureza local. Por outro lado, a partir de 1919, quando os Estados Unidos, saindo da Primeira Grande Guerra como a primeira potência mundial, passaram a exercer enorme atração em todos os setores da ciência e da tecnologia, o movimento sanitário brasileiro tomou como modelo aquele país. É curioso assinalar e não vai nisso a menor crítica aos eminentes líderes da saúde pública na época — pensavam os nossos administradores sanitários que bastaria dar ao povo brasileiro uma organização sanitária como a americana para que a nossa população ficasse tão sadia e tão rica como aquela.

É assim que, no capítulo sobre "Higiene e Saúde Pública", do *Dicionário Histórico, Geográfico e Etnográfico do Brasil,* o ilustre prof. J.P. Fontenelle, eminente homem de saúde pública a quem nunca deixamos de prestar as nossas homenagens pela sua dedicação, honestidade e interesse nos cargos que exerceu, escrevia:

"Torna-se urgente coordenar e uniformizar todas as atividades desta parte da administração pública, pondo-se sob a direção de uma autoridade central, — um Ministro de Estado, chefiando uma espécie de estado maior de técnicos especializados — com um chefe de serviço em cada Estado e um centro de ação higiênica em cada município. Tomando por base a necessidade de iniciar o serviço modestamente e —

Seria exigir demais, querer que um médico de saúde pública, em 1922, fizesse uma interpretação diferente do fenômeno, principalmente se tratando de um jovem entusiasta de uma profissão, que de fato era nova no Brasil. Anos depois se tornou fácil cípio possa parecer. E que o fosse: seria um dinheiro bem gasto. Corrigidas, pouco a pouco, as causas que contribuem para a decadência do nosso homem; melhorada progressivamente suas condições físicas e mentais e aperfeiçoado continuamente como máquina de trabalho, determinará isso um pronunciado surto econômico que, sem demora, compensará imensamente as primeiras despesas. E mais, como não há outro bem que a saúde possa igualar e sendo ela levada a cada canto do país, por influência e decisão do governo central — que deve ser o governo de todos os Estados — mais estreitos se tornarão os laços que unem as Unidades da Federação, contribuindo para firmar a indissolubilidade da pátria comum.

Uma eficiente organização nacional e unitária de Saúde Pública . . . "Povo sadio é povo trabalhador, é povo poderoso, é povo feliz".

Seria demais, querer que um médico de saúde pública, em 1922, fizesse uma interpretação diferente do fenômeno, principalmente se tratando de um jovem entusiasta de uma profissão, que de fato era nova no Brasil. Anos depois se tornou fácil verificar o equívoco ocorrido no julgamento, porém os fatos vieram esclarecer o assunto. Basta ver a evolução das organizações sanitárias municipais nos Estados Unidos. Nesse sentido Mustard informa: "O crescimento das unidades de sáude governamentais medido pelo número de *counties* (municípios) atendidos, foi de 15 em 1915 para 728 em 1935; para 1577 em 1940 e para 1828 em 30 de junho de 1942. A despeito desse progresso, restavam no meio do ano de 1942 cerca de 33.000.000 de pessoas nos Estados Unidos sem serviço de saúde mantido pelo Governo". Em 1942 existiam, nos Estados Unidos 3.070 *counties* (municípios), de forma que, ainda naquele ano, 1.242 comarcas americanos não contavam com organismos de saúde pública. Deve ser assinalado que estas organizações sanitárias são administradas e da responsabilidade dos governos locais. Os governos dos Estados e o Federal dão auxílio financeiro e técnico.

Diante desses dados não é difícil concluir que a criação da grande rede de unidades de saúde pública dos Estados Unidos não foi a causa do progresso da grande nação irmã, porém, exatamente, a conseqüência desse prgresso.

A tese lançada em 1922 foi largamente difundida e apoiada por todos os médicos de saúde pública no Brasil, atingindo o seu apogeu no período de 1937 a 1945, que, devemos afirmar, representou o pe-

ríodo áureo do movimento sanitário no Brasil. Nesse período a ação sanitária do Governo da União, chefiada pelo ilustre prof. Barros Barreto, estendeu-se a todo o território nacional, e a tese de salvação nacional pelo trabalho da saúde pública dominou a todos, criando-se uma verdadeira mística.

Muito embora os resultados dos intensos trabalhos então realizados não fossem satisfatórios, não há dúvida que, nem por isto, são menores os méritos de Barros Barreto, pois em consequência de sua experiência é que se criaram condições para a reformulação no país da filosofia das atividades de Saúde Pública e do problema da saúde do homem em países subdesenvolvidos. A história da Saúde Pública no Brasil situará, sempre, o nome de Barros Barreto entre os seus maiores, ao lado de Paula Cândido, Emílio Ribas, Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Otávio de Freitas, para citar somente os de primeira grandeza e já desaparecidos.

A ação de Barros Barreto fez com que o movimento de centralização das atividades sanitárias, que vinha se processando desde 1923 nos Estados do Rio e de Pernambuco. se generalizasse e assim foi incentivada a disseminação de organismos médico-sanitários de administração estadual em muitos municípios. Essa rede cresceu bastante e continua a se desenvolver. Nada impede que continue a funcionar e de certo ninguém é contrário a que os Estados continuem a manter um sistema de organização sanitária que corresponda à orientação administrativa que melhor convenha às suas necessidades e às suas possibilidades.

Os elementos disponíveis, como já foi referido, não deixam dúvidas, entretanto, quanto ao precário funcionamento dessa rede de serviços de assistência médico-sanitária dos Estados. É prova disso, dentro de númerosos outros elementos, a atuação da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública. Desde que iniciou suas atividades, o SESP passou a colaborar com os Estados, instalando serviços locais de saúde com a intenção manifesta de entregá-los às autoridades locais ou às administrações estaduais tão logo funcionassem normalmente. Até hoje, decorridos 20 anos, poucos desses serviços puderam ser devolvidos. Esta devolução foi difícil até agora, pois os custos de operação eram incompatíveis com a situação econômica-financeira dos Estados e municípios. De acordo com o relatório da FSESP relativo ao ano de 1961, esta administrava em 13 Estados, 259 unidades sanitárias (206 Postos e 53 Sub-Postos) e dava assistência financeira a 89 outros (80 Postos e 9 Sub-Postos) em outros sete Estados.

É por todos esses motivos que parece indispensável procurar nova estrutura para a organização da Saúde Pública Nacional.

O Que se Pretende com A Municipalização dos Serviços Médico-Sanitários

A municipalização dos serviços médico-sanitário terá por finalidade, em primeiro lugar, implementar o dispositivo constitucional que, de fato, na opinião atual da grande maioria dos técnicos de saúde pública, é acertado. O debate a esse respeito gira em torno da oportunidade e não da tese. Os argumentos que se apresentam para justificar a inoportunidade da medida são os seguintes: incapacidade financeira, incapacidade técnica e influência acentuada da política. Todos esses argumentos já têm sido largamente debatidos e não convencem de modo a invalidar a proposição, sobretudo pelas seguintes razões:

a) A incapacidade financeira dos municípios é um mito. Depois da reforma constitucional, que mandou distribuir entre os municípios 15% do imposto de renda e 10% do imposto de consumo, sua situação financeira sofreu uma modificação substancial. Na proposta orçamentária da União para 1964 figura uma rubrica de Cr$ 89.000.000.000,00 (89 bilhões) para ser dividida entre 3.777 municípios brasileiros, e que representa mais de Cr$ 23.000.000,00 (23 milhões) para cada um, importância que, somada à receita local, representa soma suficiente para permitir que mesmo os mais pobres possam atender aos serviços locais que lhes cabem. Os que discordam, certamente, apresentarão argumentos que, na aparência, são decisivos no combate à tese: 1 — a impontualidade do Tesouro no pagamento das cotas municipais; 2 — o constante crescimento do número de municípios determinando uma redução da importância das cotas.

A validade dos argumentos é, como se disse, apenas aparente. O Tesouro, não há dúvida, retarda o pagamento, mas sempre paga e é preciso confiar em que, com a atual reforma administrativa, o que se pretende, principalmente, é a reformulação de orçamentos para serem executados. Aliás, aceitando o princípios da não execução orçamentária, a mesma incapacidade teria de ser atribuída aos órgãos federais que tiveram até hoje suas verbas largamente reduzidas pelos planos de contenção.

No que se refere ao aumento do número de municípios e consequente redução da cota, a verdade é que mesmo admitindo-se que a soma total de recursos continue a mesma e inalterados os problemas médico-sanitários, não ocorrerão modificações substanciais, pelo fato de existir maior número de unidades administrativas.

b) Quanto à incapacidade técnico-administrativa, também não nos parece definitivo. Não há dúvida que existem muitos municípios brasileiros que apresentam precárias condições administrativas; não há de ser, porém, negando o direito de administrar os serviços do seu interesse que essa situação vai melhorar. O que se torna indispensável é ajudá-los a vencer as atuais dificuldades. Certo que se praticarão erros, mas a aprendizagem terá sempre de ser feita e ninguém aprende sem os cometer. Melhor exemplo de que quem trabalha comete erros, nos dá a FSESP, que sendo uma organização que sempre contou com os melhores técnicos nacionais e internacionais, depois de 14 anos de trabalho teve a honestidade de, reformulando os seus programas de trabalho, afirmar:

"De há muito os técnicos do SESP vêm sentindo a necessidade de uma revisão dos métodos de trabalho usados em nossas Unidades Sanitárias, que certamente podem e devem ser aperfeiçoados, para que o Serviço possa manter um caráter dinâmico e pioneiro na Saúde Pública Brasileira.

Os motivos de nossas deficiências são vários, sobressaindo, entre eles, porém, a tentativa que fizemos de aplicar, em nossas áreas, esquemas de trabalho calcados nos outros países, sem levar em conta as profundas diferenças econômico-sociais existentes entre os países de economia predominantemente agro-pastoril e os de nível industrial e tecnológico avançado.

À primeira vista, poderá parecer, assim, que todo o trabalho já realizado tenha sido improfícuo. Tal, entretanto, não se dá, pois a experiência obtida numa época em que quase nada se sabia, de muito nos servirá para a escolha de método mais condizente com nossas condições culturais.

Os problemas que nos afligem são os encontrados nos países chamados subdesenvolvidos, de economia fraca, com altos coeficientes de mortalidade geral e infantil, decorrentes do baixo padrão de vida do povo. Por esse motivo, devemos limitar os recursos disponíveis à resolução de problemas imediatos, sem deixar de reconhecer, entretanto, que essa resolução, no momento, depende menos dos Serviços de Saúde Pública do que de outras instituições governamentais, que devem promover o aumento da riqueza, isto é, o aumento da produção de bens para que o processo de aculturação não se torne estéril."

É preciso não esquecer que os problemas locais de saúde pública são um resultante das condições econômico-sociais da população, de maneira que os pequenos aglomerados humanos apresentam problemas que não exigem grandes técnicas para enfrentá-los.

Cumpre-nos assinalar que há muitos anos (1946) essa era a tese definitiva por alguns sanitaristas brasileiros e a longa experiência nacional, à custa de bilhões de cruzeiros, veio confirmá-la.

c) Relativamente à influência política, convém não esquecermos que a política é uma constante em todos os níveis da administração pública brasileira e de qualquer outro país. O problema de sua maior ou menor influência na administração pública é uma questão de desenvolvimento econômico, cultural e de treinamento, não devendo por conseguinte ser apresentado neste debate.

De outra parte, é preciso reconhecer que a municipalização não implica o afastamento do Governo da União e muito menos dos Governos Estaduais, do problema. A municipalização tem como principal finalidade despertar o interesse dos muni-

cípios por uma atividade de grande importância para as suas populações e determinar a organização de serviços de assistência medico-sanitária onde não existem.

Como já foi afirmado mais de uma vez, o Governo da União, por intermédio do Ministério da Saúde, dará aos municípios que venham a organizar os seus serviços próprios, toda a assistência técnica, financeira e material que lhe for possível, dentro, é claro, de convênios que estabeleçam os programas a serem executados e que permitam a aplicação dos recursos recebidos.

Os Governos Estaduais que atualmente executam, em alguns municípios, essas tarefas, assumindo as despesas totais, certamente não se furtarão de auxiliar àqueles que tomem à sua conta esses encargos, ou que os criem onde os Estados ainda não puderem fazê-lo.

As organizações médico-sanitárias que os municípios poderão organizar ficarão na dependência das necessidades e das possibilidades de cada um, não se submetendo a nenhum esquema pré-fabricado. As suas atividades, entretanto, serão formuladas dentro dos recursos disponíveis e das necessidades efetivas da população. Não pretendemos, de outro lado, que os municípios instalem, cada um, apenas uma unidade de assistência médico-sanitária e sim, tantas quantas forem necessárias dentro de sua área, para que o total da população possa ser coberto, pois sabendo-se como são, em muitos casos, vastas as áreas territoriais dos municípios, a existência de unidade sanitária na sede do município não permite atender as populações das zonas rurais e dos distritos por acaso existentes, fato que ocorre freqüentemente nas condições atuais, quando os Postos de Saúde do Estado localizados nas cidades, sedes municipais, dão uma cobertura muito reduzida aos habitantes das vilas, sedes dos distritos, das localidades e das zonas rurais. É preciso ter presente que a finalidade fundamental da municipalização é aproximar a saúde pública das populações que mais precisam e permitir, com a criação de uma estrutura básica sanitária, a realização em todo o território nacional de medidas de saúde pública que possam interessar às nossas populações.

O Que se Espera Dessas Unidades Médico-Sanitárias Municipais

Já afirmamos que as unidades médico-sanitárias a serem instaladas pelos municípios terão a organização e o pessoal que sejam compatíveis com as necessidades e as possibilidades locais, variando assim com os recursos e as condições de cada município. Devem, entretanto, atender, mesmo as de mais limitados recursos, aos seguintes problemas:

a) Medidas primárias de saneamento do meio, isto é, auxiliar os habitantes a encontrar soluções satisfatórias para o destino dos dejetos e das águas poluídas. Colaborar na extinção de focos de moscas, mosquitos e outros insetos, procurando interromper a cadeia epidemiológica, quando for o caso de doenças transmitidas ou veiculadas por artrópodes. Tomar providências para evitar a poluição das águas destinadas a usos domésticos, mostrando os locais mais adequados para a perfuração de poços e cacimbas, como defendê-los e outras providências da mesma natureza.

b) Fiscalização dos gêneros alimentícios, das habitações e dos estabelecimentos que lidam com a produção e o comércio de alimentos. Tratam-se de medidas simples, pois todos sabem que no interior os alimentos são apresentados ao consumo, na grande maioria dos casos, em sua condição natural e, assim, é de fácil percepção as alterações e adulterações. Do mesmo modo, a fiscalização das habitações, tendo em vista o baixo nível de renda das populações, será muito mais uma colaboração para o melhor aproveitamento das condições locais de maneira que sejam melhores, tanto quanto possível, insistindo nos projetos gerais de iluminação, ventilação e revestimento dessas moradias.

c) Imunização contra as doenças transmissíveis e alarme no caso de ocorrência de anormalidades sanitárias. Está hoje evidente a falência da organização médico-sanitária nacional com a endemia de varíola que vem se mantendo no país. A organização de uma Campanha Nacional Contra a Varíola é o atestado desta falência e a sua inadequação às condições do Brasil é comprovada pelo fato de que a Campanha não vem conseguindo vacinar, anualmente, mesmo com gastos elevados, o número de pessoas equivalentes ao número de nascidos. Aliás, é preciso não ter receio de afirmar que criar um órgão específico para vacinar contra a varíola é considerar que a organização sanitária do país praticamente não existe e que não se pretende criar condições para que ela venha a existir. As organizações de Saúde Pública dos municípios poderão resolver facilmente este problema e realizar outras imunizações que sejam consideradas convenientes de acordo com as condições locais.

Sua utilidade será também de maior valia no que se refere a dar o alarme toda vez que anormalidades sanitárias ocorram na região.

d) Prestação dos primeiros socorros de assistência médica. É conhecido o abandono em que vivem as populações do interior, no que se refere à assistência médica. Os curandeiros e aparadeiras sem o mais rudimentar conhecimento exercem uma função que não pode ser desconhecida nem perseguida por falta de quem os substitua. As modernas conquistas da terapêutica não são utilizadas por grande parte do povo brasileiro, causando esse fato grandes sofrimentos inúteis e muitas mortes perfeitamente evitáveis. Os casos de morte por hidrofobia por falta de vacina anti-rábica e os casos de morte por falta de soro anti-ofídico são corriqueiros. A elevada mortalidade materna em conseqüência da falta dos mais rudimentares preceitos de higiene no ato do parto, é outro dado incontestável. O Ministério da Saúde acredita que mantendo os municípios os serviços convenientemente distribuídos e com os recursos terapêuticos que lhes serão fornecidos, muitos desses problemas poderão ter solução satisfatória.

O pessoal do serviço médico-sanitário dos municípios que será devidamente preparado para prestar os primeiros socorros poderá resolver a maioria dos casos e tomará as providências necessárias encaminhando para centros mais adiantados aqueles que apresentam maior gravidade.

e) Levantamento dos dados de estatística vital. O Ministério da Saúde não desconhece que a exatidão estatística é uma decorrência do desenvolvimento, mas considera que já pode o Brasil dispor de melhores informações a respeito do movimento demográfico nacional. A situação atual é por todos os títulos, lamentável. Em largas regiões do país, em virtude da falta do controle dos cemitérios, se desconhecem oficialmente mais de 50% dos óbitos ocorridos. No que se refere a nascimentos, a situação é ainda mais grave.

No quadro das atividades das organizações de saúde pública dos municípios será dada uma prioridade especial a este problema.

f) Finalmente, é indiscutível que todo e qualquer programa de erradicação, seja ele qual for, só poderá ser levado a efeito se existir uma estrutura básica sanitária capaz de manter a vigilância e a descoberta de qualquer caso novo tão prontamente quanto possível. E essa estrutura, pela sua extensão, não poderá ser devidamente organizada e controlada por um órgão central; além do mais, seria muito cara e representaria um enorme desperdício de recursos.

O Ministério da Saúde, dentro da política geral do Governo, reconhece que a saúde de uma população é uma conseqüência do desenvolvimento da economia nacional e da maior quantidade de bens e serviços que sejam postos à disposição da população e da possibilidade que esta tenha de usá-los, inclusive, é claro, os serviços médico-sanitários. Aceita, destarte, que a saúde do homem só melhora com a substituição da energia muscular na produção do trabalho pela energia mecânica, pois só assim é possível multiplicar a capacidade produtiva de um povo.

Esse fato, entretanto, não exclui a utilização de todos os recursos da técnica de saúde pública para mudar a situação sanitária e servir ao desenvolvimento econômico do país. Muito pelo contrário. O Ministério da Saúde tem como política defender de todas as maneiras a vida do homem brasileiro e, ao contrário de muitos pessimistas, considera altamente auspicioso que a poulação nacional venha tendo elevado incremento. Para países como o Brasil, de baixa disponibilidade de energia *per capita,* o homem é, na verdade, o único elemento real de força.

O sentido efetivo de instalação de uma rede básica de serviços de saúde pública, a cargo dos municípios, com o auxílio técnico e financeiro da União e dos Estados, é a defesa da vida do homem no Brasil. Reconhece o Ministério que não pode dar saúde a quem tem um nível ínfimo de vida, mas deseja que se conserve a esperança de que as condições possam melhorar continuadamente dentro de um quadro de crescimento das forças produtivas do país.

A Municipalização dos Serviços de Saúde Pública

De início convém eslcarecer que, presentemente, o Governo Federal não tem nenhuma responsabilidade direta nos problemas locais de saúde pública dos municípios. É verdade que, devido à ação individual de parlamentares e da atividade isolada de políticos junto ao Ministério da Saúde, alguns municípios recebem, esporadicamente, auxílios para a construção de prédios para alojar repartições sanitárias e pequenos recursos para a sua manutenção. Os problemas de saúde local são, de acordo com o artigo 28 da Constituição de 1946, da responsabilidade da administração municipal. Como ficou esclarecido anteriormente, no período do Estado Novo, por influência da Administração Sanitária Federal, os Estados haviam assumido essas responsabilidades e apesar do preceito constitucional mantêm a tradição.

Resta assim definir bem a questão a saber:

a) Os Estados têm dado aos municípios adequados serviços médico-sanitários?

b) Do ponto de vista da organização administrativa e dos custos, é vantajoso o sistema de administração estadual?

c) Os organismos sanitários estaduais mantidos nos municípios vêm operando satisfatoriamente?

Não é possível fazer uma pesquisa para responder com precisão a esses importantes problemas.

A observação do que vem ocorrendo, as informações esparsas disponíveis, levam, entretanto, a uma resposta negativa.

Com raras exceções, as redes de repartições sanitárias mantidas pelos Estados são limitadas e os trabalhos que executam deixam muito a desejar. De um modo geral, o que se nota é que os municípios mais importantes, mais desenvolvidos e logicamente de maior contigente eleitoral, são os atendidos.

Não será exagero afirmar que os municípios das capitais absorvem a maior parte dos recursos totais destinados às atividades sanitárias, observando-se, como uma constância, que os municípios muitas vezes em maior número, por suas condições de terem menores rendas, nada recebem. Daí constata-se que a filosofia em que hoje se baseia a imposição tributária, de que seria usada tendo como principal finalidade uma redistribuição de renda, não funciona, pois todos pagam impostos na medida de suas possibilidades e na divisão dos benefícios, os mais aquinhoados são os mais ricos.

De modo geral, pode-se afirmar que essas organizações sanitárias funcionam da maneira a mais precária, mesmo nos Estados de São Paulo, Rio Grande do Sul e Espírito Santo que, em virtude de condições particulares de riqueza, poderiam apresentar melhores índices de rendimento. Em 14 Estados a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública passou a colaborar, mantendo ora serviços próprios, ora serviços chamados cooperativos.

Adiante será examinada a situação resultante desses acordos; desde logo pode-se, porém, afirmar que com a interferência da FSESP o Governo Federal passou a assumir a responsabilidade total, ou em grande parte, pelos serviços locais de saúde de muitos municípios. Essa situação cria, evidentemente, para a União encargos que estão fora das suas possibilidades e o que é mais grave, estabelece um sistema discriminatório entre os municípios: oferece a alguns um serviço que nega a outros e a verdade é que todos precisam, pois se trata de serviços locais.

Encarando o aspecto administrativo, parece fora de dúvida que os serviços sanitários locais devem ser de alçada municipal. Uma organização central programando em um país continental planos e programas para realização local nos diferentes municípios do Brasil, é um verdadeiro contra-senso. As populações locais é que podem ter um conhecimento mais realista dos seus problemas, são elas que devem sentir o que deve ser atendido prioritariamente.

Não há dúvida, porém, que o fator mais importante para mostrar que as organizações sanitárias locais sejam da alçada dos municípios, é o problema dos custos de operação. Os salários dos funcionários da União são idênticos em qualquer parte do território nacional e dos Estados, idênticos em qualquer parte do Estado respectivo. Estes são sempre muito superiores aos salários pagos pelos municípios. Dessa circunstância resulta, logicamente, custos mais elevados, mas não é este, do ponto de vista administrativo, o único inconveniente da estadualização ou federalização dos serviços sanitários. Outro de não menor importância é o da permanência dos funcionários. De um modo geral os funcionários federais têm a tendência de vir residir na capital ou nos centros de maior importância, desejo perfeitamente respeitável e justificável; querem ampliar seus horizontes, educar os filhos, mais conforto etc. Os funcionários do Estado, pelas mesmas razões, desejam residir na capital, ou nas cidades mais adiantadas. Resulta dessa situação que, de um modo geral, os funcionários ficam no interior como nômades ou turistas, não se integrando na vida das comunidades em que servem e numa batalha incessante em busca total de documentário a respeito das condições sanitárias de interior do Brasil. Os médicos da saúde pública têm uma curta permanência média no interior, não lhes dando assim oportunidade de conhecer bem as condições locais e transmitir suas experiências.

Pode-se afirmar que os organismos de saúde pública permanente no Brasil estão funcionando muito mal. Não existisse farta documentação a respeito, bastaria para demonstrar de forma irrespondível essa afirmativa, a situação profundamente lamentável do problema da varíola, que levou o Governo Federal a organizar um organismo especial para vacinar o povo. Parece fora de propósito, diante desse dado, acrescentar argumentos.

Discutir as razões e os culpados dessa situação também não parece construtivo. De um modo geral, entretanto, é claro que tendo a Saúde Pública no Brasil alcançado seu período de maior eficiência aparente na época do Estado Novo e entrado em verdadeiro colapso com a volta ao regime constitucional, os técnicos não se aperceberam desde logo da situação e ficaram em estado de perplexidade e, consequentemente, incapazes de formular um novo programa de trabalho.

A par disso, outros fatores, uns de ordem geral, outros de ordem específica, começaram a operar, determinando sensíveis melhorias nas condições sanitárias do País, de forma a permitir que as deficiências dessa organização não chegassem a ser notadas. Entre essas, podem ser apontados:

1) A utilização em larga escala das sulfas e da penicilina, trazendo uma redução considerável da sífilis e das doenças venéreas, bem como de outras doenças contagiosas.

2) Os antibióticos com ação nas outras doenças contagiosas: febre tifóide, principalmente a hidrazida na tuberculose, reduzindo também consideravelmente a mortalidade por esta doença.

3) Os inseticidas de ação residual que trouxeram, a custo reduzido, uma modificação substancial na incidência de muitas doenças, não só como conseqüência da eliminação de vetores, como também pela melhoria do meio com a destruição de moscas, mosquitos, piolhos, percevejos etc.

4) As modificações da economia brasileira, trazendo uma elevação dos níveis de vida da população, que, de conformidade com os dados apurados pelo Instituto de Economia da Fundação Getúlio Vargas, se traduziu no período 1947-1960 em uma elevação da ordem de 50% na renda real *per capita*, trouxe as seguintes conseqüências:

I — possbilidade da população satisfazer de modo mais satisfatório suas necessidades fundamentais: alimentação, habitação e vestuário, o que, como conseqüência, aumenta as resistências às doenças;

II — capacitar maior número de brasileiros a tomar interesse pela saúde e dispor de recursos para comprá-la;

III — incremento acentuado da renda pública, permitindo ao Governo um aumento acentuado da rede de assistência médico-sanitária nas capitais importantes

(Previdência Social), de sorte que as deficiências das atividades da Saúde Pública fossem menos sentidas;

IV — com o aumento dos recursos da União e com as facilidades técnicas resultantes dos inseticidas de ação residual e dos novos agentes terapêuticos, foi possível uma assistência médico-sanitária muito maior às populações rurais, embora sem caráter permanente;

Essas modificações da economia brasileira e das condições econômico-sociais de sua população determinaram, como era natural, um extraordinário aumento da demanda de serviços médicos e, consequentemente, uma grande valorização dos profissionais da medicina. Os serviços de Saúde Pública dos Estados e, mesmo, os da União, não puderam, por motivos óbvios, acompanhar o ritmo de elevação dos salários desses profissionais, pelo menos nas funções que são de trabalho e não exclusivamente de *emprego*. Tendo-se presente que as nossas organizações sanitárias estavam fundamentalmente baseadas no trabalho do médico, é claro que suas atividades teriam de entrar em declínio, quando não fosse por deficiências de outra natureza, seria pela falta de quem neles trabalhasse

Observada, porém, a situação sanitária do País ninguém pode discutir sua extraordinária melhoria.

O dado mais evidente para demonstrar esta situação é o resultado do Recenseamento Geral de 1960. A população brasileira estimada para 1960, mantidas as condições do decênio 1940-1950, era de 65.500.000; a apuração censitária, entretanto, revelou a existência de 70.700.000 brasileiros, o que significa uma redução de, pelo menos, 5.200.000 mortes no decênio.

Essa diminuição do número de óbitos representa uma baixa no coeficiente de mortalidade de 19 para 13 por 1.000, isto é, 32%, o que, não há dúvida, é uma melhoria considerável.

Diante dessa exposição muitos poderão concluir que, se a situação é assim satisfatória, o mais razoável é não modificar o que tem oferecido, apesar de suas deficiências, resultados favoráveis. O problema, entretanto, não é tão simples e a situação poderia ser melhor. Existem países de condições econômicas e demográficas semelhantes às do Brasil, com mortalidade inferior a 10 por 1000. Além do mais, a Saúde Pública é um instrumento que precisa ser posto a serviço do povo e que se for utilizado adequadamente, pode contribuir de maneira eficiente para o desenvolvimento nacional e evitar sofrimentos inúteis às populações. Chegou a oportunidade de adaptar instrumento de tanta utilidade às necessidades e possbilidades do povo brasileiro, e obter os resultados de sua ação. É, assim, indispensável criar os instrumentos adequados para que a Saúde Pública possa oferecer esses resultados.

O Ministério da Saúde considera que o caminho certo será a criação de uma estrutura básica de órgãos de assistência médico-sanitária, atendendo todo o País e tendo como centro de ação os municípios.

Do ponto de vista teórico, parece que todos os técnicos de Saúde Pública estão de acordo com esta tese. O que se discute é a oportunidade. São apresentadas quatro razões principais que justificam um retardamento desta providência: incapacidade administrativa; incapacidade técnica, incapacidade financeira e grande influência da política.

Sem deixar de reconhecer que, em muitos casos, os argumentos são aparentemente válidos, não podem ser aceitos, pois, assim, o que se deveria fazer era propor a extinção dos municípios que não pudessem assumir essa responsabilidade. Como essa solução não é viável, por anti-constitucional e anti-democrática, o que se deve fazer é ajudar os municípios a superá-las.

Por outro lado, ninguém tem o poder de, do dia para a noite, transformar toda a organização sanitária brasileira, transferindo para a administração dos municípios os órgãos de assistência médico-sanitária existentes e operados, no momento, pelo Governo da União, através da FSESP, ou pelos Estados. O que se pretende é interessar os municípios que não têm o privilégio de possuir esse benefício auxiliados pelo Governo da União e, se possível, pelos Governos Estaduais, instalar os seus próprios serviços. Não é possível que surjam opositores a esta idéia, pois seria querer impedir, sob falsos argumentos, que as populações mais pobres e mais desprotegidas organizassem seus serviços.

Os Serviços de Saúde Pública que se pretende sejam administrados pelos municípios não serão uniformes. Cada comuna, de acordo com as suas possibilidades, criará o organismo que melhor atenda às suas necessidades. É claro que tanto mais pobre for a população, tanto mais simples serão os serviços. Não deverá, entretanto, um único município que, com a colaboração do Governo da União e dos Estados, não disponha de um órgão que trate dos problemas médico-sanitários.

O Problema de pessoal

É indiscutível que na realização deste plano, o problema mais difícil de resolver será o de pessoal.

Tratando-se de atividades médico-sanitárias surge logo a pergunta. Como vai ser resolvida a presença de médicos nos municípios? Seria ingenuidade pretender mudar médicos em grande número para o interior. Não só no Brasil, como no mundo inteiro, o que se vem verificando é a concentração cada dia maior de profissionais da medicina nos grandes centros. O avanço da tecnologia médica, a especialização, a aparelhagem necessária à prática da medicina moderna, praticamente conduzem a que os médicos só desejem trabalhar em grandes centros, onde contam com todos os recursos e verdadeiras equipes. Além do mais, com o enriquecimento dos habitantes das metrópoles amplia-se cada dia o mercado de trabalho dos médicos nas grandes concentrações demográficas, de forma que não há como, nas condições atuais, levar médicos para atender às populações do interior. Por outro lado, como já foi afirmado anteriormente, é possível resolver de maneira satisfatória muitos dos problemas médico-sanitários que afligem nossas populações do interior, na base de pessoal de menor qualificação com, é claro, supervisão médica.

A experiência do SAMFAM demonstrou de forma indiscutível, que não é possível manter médicos em municípios que não têm condições econômicas satisfatórias.

Como Organizar os Serviços Médico-Sanitários dos Municípios

Defendendo o Ministério da Saúde o princípio de que os serviços locais são de responsabilidade dos municípios é evidente que não poderia estabelecer normas de organização para os mesmos. As autoridades executivas, boas conhecedoras das condições, das necessidades e das possibilidades de suas populações têm melhores condições para sentir o que melhor satisfará aos desejos e interesses das comunidades que legitimamente representam. Além do mais o Ministério da Saúde não pretende que se multipliquem unidades médico-sanitárias idênticas para todo o território nacional, muito pelo contrário, o que parece mais conveniente é a diversificação dos sistemas, do modo a que diversas maneiras de enfrentar os problemas sejam aplicadas a fim de que a experiência da Saúde Pública brasileira abandone a rotina monótona atual, e entre em período de enriquecimento pela competição e comparação entre os diversos caminhos que foram adotados na solução dos problemas sanitários que tanto afligem as populações do interior.

Sendo essa a orientação geral, não significará o abandono das organizações médico-sanitárias municipais à sua própria sorte, nem deixará o Ministério da Saúde, na base da longa experiência de seus técnicos, de sugerir básicos de organização para os serviços e de colaborar intensamente no preparo do pessoal indispensável aos mesmos.

Já foi referido quais os serviços básicos mínimos que deverão ser realizados pelas organizações médico-sanitárias dos municípios. Partindo deste mínimo, dependerá das necessidades e das possibilidades de cada um, organizar programas de maior envergadura.

radis

tema 1.9

Saúde: o que cabe aos municípios

O debate reuniu pessoas cujas experiências se completam: José Noronha, sanitarista, com grande prática em administração municipal; Wellington Moreira Franco, ex-prefeito de Niterói, com destacada atuação na área da saúde; Cesar Maia, economista, estudioso das questões tributárias e da política social; Ricardo Varsano, membro do grupo de trabalho instituído pelo governo federal para estudar a reforma tributária.

Algumas questões levantadas: O principal problema dos municípios é mesmo a falta de recursos? Maiores recursos significarão automaticamente melhoria do atendimento médico? Ou a questão essencial é ter uma política de saúde que permita uma ampla margem de participação da comunidade em sua formulação? Será que a melhor maneira de baratear os alimentos é através da isenção tributária?

Ricardo Varsano — Neste grupo de trabalho criado pelo governo federal para analisar a questão tributária, a idéia básica em estudos é definir as atribuições de cada um dos níveis de governo (federal, estadual e municipal) e a partir dessa definição distribuir os recursos. É uma idéia que a princípio me parece boa, embora não se saiba bem ainda como vai ser posta em prática. Existe a preocupação também em saber como é que o governo federal vai agir em relação a estados com situações muito diferentes. Por exemplo, no Nordeste o governo federal entra com verbas para educação. Já São Paulo, praticamente não precisa de recursos de ninguém para seus planos educacionais.

Além disso, está se pensando em alguma coisa quanto à reformulação do imposto de renda, o que não interessa muito para o nosso debate aqui, bem como em um esquema para que o ICM, que é um imposto estadual, conte com algum tipo de coordenação do governo federal. A reforma deve incluir, também, alguma coisa na área de alimentos ligada à isenção do ICM. A nível municipal não se falou em praticamente nada apenas em talvez juntar o ISS ao ICM. Mas de maneira geral as idéias ainda estão numa fase muito preliminar.

Wellington Moreira Franco — Eu acho que há muita mistificação em torno da reforma tributária. Eu participei, como prefeito de Niterói, de várias reuniões de prefeitos em que as pessoas, ao invés de estarem preocupadas com a resolução dos seus problemas de saúde, de educação, na área administrativa, na área financeira, atribuíam esses problemas todos ao código tributário.

Criou-se um consenso a favor da descentralização, mas a abordagem da reforma tributária continua ocorrendo de forma extremamente autoritária. Quando surgem as propostas, você vê que elas acabam sendo centralizadoras. O Ricardo Varsano colocou a idéia de se incorporar a arrecadação do ISS ao ICM. Nada mais autoritário, nada mais danoso do ponto de vista do município, porque o ISS é um dos raros impostos que o município pode gerir com autonomia. Já o ICM é um imposto administrado pelo estado e administrado de forma capenga, porque há interferência do Confaz, órgão vinculado ao Ministério da Fazenda, que é quem acaba fazendo a administração nessa área.

Por outro lado, me parece que há um problema muito sério de definição constitucional. O problema das atribuições é muito mais um problema constitucional, jurídico, do que um problema econômico. Se nós formos seguir o critério de, através de um exercício econômico-financeiro, definir as atribuições para alocar recursos, vamos cair de novo numa alternativa centralizadora e ela não vai resolver o problema. A tendência vai ser definir os recursos e, a partir da definição dos recursos, definir então as atribuições dos municípios, dos estados da União. Daí me parece que a discussão do federalismo tem que ser colocada no plano político e constitucional. As conseqüências se darão no âmbito econômico, financeiro, social etc. Se nós não respeitarmos isso, vamos criar uma deformação extremamente prejudicial ao esforço de redemocratização, de descentralização, de redefinição das grandes questões nacionais. Por exemplo: se me fosse perguntado quais as dificuldades tributárias que eu tive para enfrentar os problemas de saúde na prefeitura de Niterói, onde fizemos uma experiência inovadora, quais os obstáculos criados pelo código tributário, eu diria que nenhum. Eles se deram muito mais no âmbito da política de saúde, na grande anarquia que se vive neste país hoje em dia em termos de definição do que é o Sistema Nacional de Saúde.

O grande problema é saber qual a compreensão que se tem do papel do Ministério da Saúde, qual a compreensão que se tem do INAMPS no sistema de saúde, porque se criou uma tal confusão — que ela é que gerou as dificuldades e não o código tributário. Eu acho que o código tributário cria problemas na área de recursos, na área financeira. Agora, nada me garante que apesar de um código tributário nacional que coloque mais recursos a nível municipal nós tenhamos, por exemplo, uma política da saúde correta. A sensação que eu tenho é que a visão administrativa que os políticos, os administradores municipais têm do problema de saúde não vai levar a uma proposta de definição primária, de regionalização de serviços, de hierarquização de funções. Hoje, eu acho que ela levaria a absorver esta grande confusão que é o sistema nacional de saúde, em que você trata muito mais da doença do que da saúde, para resumir. O compromisso com a doença chega a tal ponto que as secretarias de saúde são responsáveis pela administração dos cemitérios.

Descentralização: armadilha?

César Maia — Eu acho que essa questão da centralização é uma questão falsa. Raciocinando no limite, só existe um espaço, que é o espaço mu-

julho/82 tema 1.1

projeto radis reunião, análise, difusão de informação sobre saúde

Regionalização, municipalização, participação comunitária.

O que a reforma tributária tem a ver com isso.

Escolhemos como primeiro *Tema*, uma questão que, embora recebendo escassa atenção dos jornais (apenas 12 notícias nos 3 últimos meses) é de enorme importância para os sanitaristas. A imprensa nos informa que foi organizado no Ministério da Fazenda e na Secretaria de Planejamento da Presidência da República um grupo de trabalho com o objetivo de subsidiar as autoridades na formulação de uma proposta do Executivo para uma *Reforma Tributária*, a ser encaminhada ao Congresso Nacional até março de 1983; caberá a este – que, é bom lembrar, será eleito, em sua maior parte, dia 15 de novembro - definir qual será a conformação de nossa futura estrutura fiscal, ou seja quanto se pagará de imposto, quanto a União, os Estados e os Municípios terão para gastar - e, até certo ponto, em que deverão gastar.

Pela Lei 6229, que institui o Sistema Nacional de Saúde, a assistência à saúde é encargo desses três poderes. A parte que cabe a cada um deles é não apenas uma questão de princípios – definidos pela Lei – mas também de capacidade financeira. E na atual estrutura tributária, onde uma parte muito pequena é destinada diretamente aos Estados e Municípios, são muito estreitos os limites da regionalização e da municipalização dos serviços de saúde. Desde os anos de 1967, 1968, na Saúde Pública como em todos os outros setores políticos e econômicos, impera no Brasil uma grande centralização de poder - político e econômico - para o qual contribuiram, entre outros fatores e em planos diferentes, o crescimento da autoridade do Poder Central, o crescimento da Previdência Social, a Reforma Tributária de 1967, enfim, uma série de instrumentos que caracterizam um período de autoritarismo e de primazia de critérios "técnicos" na condução do governo, em desfavor de uma maior participação na formulação de políticas que, afinal de contas, lhe interessam de perto.

Entretanto , manifestações recentes do governo mostram um fortalecimento ainda débil da posição dos que defendem a descentralização. Na área da Saúde e Previdência, podemos citar: a própria Lei 6229, embora não inteiramente implementada; o PREVSAÚDE, embora não tenha passado de uma declaração de intenções; as afirmações do novo Ministro da Previdência e Assistência Social, em cuja opinião "O Brasil tem um grande problema, a centralização. Todos os outros são decorrência." (Folha de São Paulo, 6/6/82).

Aliás, é um fato curioso o recente consenso de técnicos e políticos a respeito da descentralização dos serviços de saúde. Atualmente pessoas dos mais variados matizes políticos e instituições as mais diversas defendem a forma descentralizada de planejamento e administração dos serviços de saúde. Aquilo que até há poucos anos era uma bandeira da oposição, é hoje defendido por várias autoridades governamentais. É claro que essa quase unanimidade de princípios encobre uma diversidade de pontos de vista. Em um extremo, a descentralização é privilegiada como meio de racionalizar os serviços, de distribuir competências e responsabilidades. Em outro, defende-se não apenas a descentralização, mas sim a participação da população na condução dos serviços de saúde.

Tanto a delegação de autoridade como a aproximação dos serviços de saúde às comunidades passam por sua regionalização e municipalização e só se pode pensar nisso a partir da redefinição do poder político e econômico dos estados e municípios. É óbvio, assim, porque destacamos esse tema para inaugurar nossa linha de documentações temáticas. Além do mais, trata-se também de uma questão de oportunidade. Certamente todos os interessados nos problemas da Saúde Pública vêm acompanhando de perto a questão da regionalização, da municipalização, da participação comunitária. Mas poucos estão atentos para a reforma tributária e seus efeitos sobre os serviços de saúde – principalmente devido à aparência técnica que sua ainda fraca discussão vem assumindo.

Nosso propósito central, portanto, é ressaltar a relevância da questão da reforma tributária para a organização dos serviços de saúde pública, apontando ainda para suas dimensões políticas e econômicas, tentando mostrar a possibilidade e a necessidade de uma maior participação, nessa discussão, de todos aqueles que afirmam a importância da descentralização de poderes e da organização dos serviços de saúde a nível local e comunitáio.

A presente documentação é constituída por um texto do grande sanitarista Mário Magalhães da Silveira, sobre *Municipalização dos Serviços de Saúde;* pela transcrição de uma mesa-redonda por nós organizada, onde foi debatida a relação entre reforma tributária e saúde pública; por um levantamento das notícias surgidas nos principais jornais de circulação nacional, retratando a maneira em que a reforma tributária vem sendo encaminhada e debatida. Os que se interessarem por material complementar, bem como por alguma bibliografia sobre os temas aqui abordados, podem se dirigir a nós que tentaremos atender, na medida de nossas possibilidades.

TEMAS é uma publicação do projeto reunião, análise e difusão de informações sobre saúde (RADIS), desenvolvido na escola nacional de saúde pública da fiocruz. As matérias e as opiniões aqui expressas não representam, necessariamente a posição oficial da instituição.

anos e se verificou um consenso sobre a prioridade à atenção primária, mas não adianta, porque o INAMPS privilegia os gastos com tecnologia, os contratos com as casas de saúde particulares, os contratos remunerando melhor os procedimentos tecnológicos do que os procedimentos simplificados de medicina etc. Então essas questões todas, essas decisões todas, quem é que toma? É o Governo Federal.

Eu acho que a reforma tributária, *per si,* não resolve; a questão das atribuições não resolve; a reforma constitucional só não resolve. Quer dizer, há que mudar os mecanismos de poder dentro deste país. E para determinadas questões há que fortalecer também o poder municipal e o fortalecimento do poder municipal, do poder concreto dos prefeitos, passa pela possibilidade dos prefeitos gerir uma massa maior de recursos. Se o orçamento da Prefeitura do Rio de Janeiro é de Cr$ 50 bilhões, as expectativas desses 50 bilhões dão uma determinada expectativa de poder. Mas se você injetar 100 bilhões, o poder dessa prefeitura será muito maior.

Por isso, eu acho que essa reforma tributária, essa descentralização tributária, tem uma importância crucial dentro do processo de democratização da sociedade, de transferência do poder. A reforma tributária é crucial para molecularizar o poder dentro da sociedade. É claro que as associações de moradores não vão a Brasília fazer pressão no Congresso Nacional para discutir a questão dos recursos, das prioridades. Eu acho também que é crucial que a reforma tributária seja indissociavelmente ligada ao reforço do poder legislativo na apreciação do orçamento. O Congresso Nacional não opina, as assembléias legislativas não opinam, as câmaras de vereadores também não opinam. Portanto, para mim, reforma tributária é uma questão de poder, de fortalecimento desse nível de poder.

Quanto ao INAMPS é preciso descentralizar. Há algumas correntes em Brasília que acham que deveria ser feita a grande alocação global de recursos da Previdência Social para os estados, que, então, passariam a gerá-los. É um primeiro passo . eu acho que isso tem que passar por determinadas instâncias, até chegar ao município.

César Maia — Eu queria dizer o seguinte: a descentralização não garante o social. Agora, o social garante a descentralização. A descentralização meramente administrativa não garante o uso dos recursos com sentido social. O dinheiro pode ser aplicado em viadutos, etc. Agora, a organização em baixo só vai se realizar na medida em que ocorrer paralelamente a uma descentralização ...

Noronha — Sim, para isso você precisa fortalecer a Câmara de Vereadores, precisa que a Câmara de Vereadores tenha poder, que o vereador tenha poder.

Como fazer a mudança?

Moreira Franco — O problema é que se nós formos querer mudar todos os hábitos deste país para resolver o problema de saúde, nós não vamos avançar na melhoria dos problemas de saúde. Se nós formos examinar a história política deste país, ela é autoritária do princípio ao fim. Você não vai ter condições, nas próximas eleições, de eleger nos 4.000 municípios vereadores que sejam capazes, que estejam imbuídos todos desses princípios que nós estamos discutindo aqui. Isso é de um idealismo sem fim. Nós temos que enfrentar o problema de saúde da população brasileira que já está ruim desde ontem, e esse problema só vai ser resolvido através de medidas concretas, específicas, substantivas.

O maior problema que eu tive em Niterói para implantar um programa de saúde é que essa proposta de mudar as coisas para valer é minoritária, muito minoritária. Os médicos brasileiros não pensam dessa maneira. São poucos os médicos que pensam dessa maneira, que aceitam essa proposta. E eu sofri as maiores acusações por causa da definição de funções de agentes de saúde. O homem naturalmente tem uma visão preconceituosa das coisas novas. Então, eu acho que o problema não está só no poder. Está no poder, também. Mas está muito a nível de um amplo debate sobre a política de saúde, a começar na classe médica, a começar pelos médicos.

As distorções chegaram a tal ponto que, do ponto de vista político, hoje, se você constrói um hospital e faz uma visitação pública ao hospital, a população, condicionada pelos meios de comunicação, pelos médicos, toda a sociedade, emfim, vai dar valor ao hospital, aos equipamentos importados, refletores, mesas etc. Há um fascínio nisso. E digo mais: certamente se sentirá muito mais segura do ponto de vista do atendimento à saúde, do que se você for mostrar uma simples unidade de saúde.

Ricardo Varsano — Eu acho que uma das coisas que eu mais ouvi até hoje é que o município é a célula de tudo e que é preciso descentralizar. Mais ou menos todo mundo é a favor da descentralização, ou quase todo mundo. O problema é o seguinte: nós temos aí 400 anos de centralização, e o problema é descobrir como fazer a transição para a descentralização. Eu acho que ninguém pode pretender que, de uma hora para outra, as coisas se descentralizem por si. Então, o problema é criar instituições que facilitem essa transição.

Existem alguns problemas sérios a resolver. Vamos supor que a gente descentralize todas essas atribuições de governo. O que é que acontece com toda essa estrutura federal que

O sistema nacional de saúde

A prestação dos serviços de saúde, preventivos, é definida pela Lei 6229, de 17/7/75, que cria o Sistema Nacional de Saúde — SNS. Ali se estabelece a definição legal dos níveis de competência da União (que cabem, principalmente, aos ministérios da Saúde e da Previdência) dos Estdos, dos Municípios, da iniciativa privada, da medicina individual. Trata-se, como não poderia deixar de ser, de definições gerais de princípios, tendências e limites — os contornos não são marcados com muito rigor. À época da implementação do SNS, os elementos marcantes foram a "consagração" da Previdência Social como principal prestadora de medicina curativa (e não apenas eles), a definição da medicina privada como elemento do sistema (subordinado nas contratações) e a definição dos papéis que cabiam a Estados e Municípios.

A regulamentação da Lei sempre vem posteriormente, através de uma série de instrumentos, como a criação do SINPAS e o Prevsaúde. No caso, a questão básica era — e é — integrar os diversos níveis de poder e organizar a "porta de entrada" ao sistema. Trata-se de um processo ainda em execução, cujas questões ainda não foram todas solucionadas. De qualquer forma, vale dizer que tal regulamentação reflete, acima de tudo, o entrechoque das opiniões e pressões políticas.

existe para tratar disso? O que é que se faz com ela? Além disso, vai ter que se criar outras estruturas a nível estadual e municipal, como lidar com esse problema? Vai ter que se criar todo um novo aparelho e isso não é coisa para curto prazo. Agora, importa também que tipo de centralização se quer. O que serve para o Brasil em termos de centralização? Certamente, não é o modelo americano.

César Maia — Se a gente raciocinar no limite, ou seja, que todos os tributos arrecadados no município são do município, a gente vai entrar no sistema mais perverso, que é o sistema de concentrar em favor dos municípios mais poderosos. Evidentemente, alguma coisa tem que ser decidida a nível nacional. Agora,qual é o limite?

Noronha — Veja bem essa questão. . . O município do Rio de Janeiro tem uma programação pronta de cerca de vinte e poucas unidades de saúde na Zona Oeste do Rio de Janeiro. Uma programação pronta, localizada no mapa, com rua, esquina, terreno levantado etc. Já construiu nove, está construindo mais três e por aí vai. Agora, o município do Rio de Janeiro tem que sustentar uma rede de hospitais que herdou por mil razões, porque era Distrito Federal etc., etc., da qual apenas 8% das despesas são custeadas pela Previdência Social. Então, concretamente, a absorção de recursos da Secretaria de Saúde municipal para o custeio de unidades assistenciais seguramente impede que em vez de 25 postos de saúde, que é uma política clara, uma opção clara, saiam apenas 9. Não pode, as coisas não juntam.

Moreira Franco — Pois é mas como é que você pode pensar em ter uma política de saúde, se você as condições de água, esgoto, saneamento básico da população estão do jeito que estão?

Como baratear os alimentos?

César Maia — Outra coisa, a reforma tributária que está sendo estudada fala também em isenção do ICM para alimentos essenciais, mas isso só funciona se houver controle de preços. Senão o empresário absorve a isenção.

Ricardo Varsano — Esse é o primeiro ponto. Eu acho que a isenção não resolve coisíssima nenhuma, porque acaba beneficiando apenas o empresário. Se alguém quiser resolver o problema da alimentação, vai ter que ser através de subsídio direto ao consumo.

Moreira Franco — Ou então, ter um sistema de comercialização menos perverso do que esse que se tem hoje. Eu ouvi dizer que nós vamos ter este ano uma das maiores safras agrícolas que o Brasil já teve.

César Maia — Perder 20%, acho que vamos. Ter uma das maiores safras agrícolas, acho que não. A perda, agora, de laranjas e tangerinas por causa da discussão de preços entre produtores e exportadores é enorme.

Moreira Franco — É uma loucura um negócio desses, num país que precisa de comida. Não é pela reforma tributária que vai se resolver isso.

Ricardo Varsano — Um ponto importante e que se a reforma tributária não vai resolver os problemas, pode ajudar a resolver. Uma má tributação atrapalha.

E o município, como fica?

Noronha — Eu acho que a reforma ajuda. A descentralização também ajuda. Portanto, eu não acho a descentralização uma questão falsa. É uma questão concreta. Para certos municípios que têm uma política de saúde mais ou menos equacionada, a esses municípios a reforma tributária vai ajudar muito a tratar dos problemas de saúde.

Ricardo Varsano — O problema é com os municípios mais pobres. Para esses não tem reforma tributária que dê jeito. Você pode colocar o imposto municipal que quiser que eles não vão arrecadar, não têm base para arrecadar. Aí como é que se faz?

Moreira Franco — É preciso qualificar bem essa questão da descentralização. O estado pensa a nível de municípios e o município pensa na rua. Só a União tem condições de realizar uma redistribuição a nível regional.

Noronha — Esse é um argumento contra a descentralização. No Prevsaúde, por exemplo, os recursos todos iam para o Sudeste. Não iam para o Norte e Nordeste, não. O grosso dos recursos programados ficavam no Sudeste.

Ricardo Varsano — Há ainda uma outra questão: quantos municípios, hoje, teriam condições de arrecadar recursos e viver com esses recursos. Você poderia dizer: pode criar o imposto que quiser, cobrar o que quiser. Mesmo assim, quantos municípios poderiam viver de seus recursos? Provavelmente mil dos quatro mil existentes.

Moreira Franco — Menos de mil, porque para arrecadar precisa ter uma máquina arrecadadora, uma Secretaria de Fazenda. Dos que tem aqui no Rio de Janeiro, dos que eu conheço, 10 tenho absoluta certeza que teriam condições. São 64 municípios no Rio de Janeiro, mas desses 10 em diante teria que pesquisar para saber como está a situação.

Ricardo Varsano — Mesmo abstraindo essa questão da máquina administrativa, eu acho que poucos municípios têm base econômica para arrecadar o suficiente para se sustentar. . .

César Maia — E aí voltaria o coronelato. Uma empresa dentro do município, o município passa a depender dela e ela passa a controlar o município.

Moreira Franco — Exatamente. Nós temos que procurar relativizar as coisas em matéria de centralização e descentralização. O Estado do Rio de Janeiro pode coletar recursos do Município do Rio de Janeiro e aplicar em Lajes do Muriaé, que é um lugar que não tem nada. Isso que o Estado faz na administração regional, a União faz no plano nacional e algum tipo de centralização tem que haver.

Ricardo Varsano — Hoje em dia o que o Governo Federal transfere para os municípios é realmente muito pouco, levando em conta apenas a arrecadação tributária. As transferências se fazem muito mais através das despesas diretas do Governo Federal. Mas se você quiser redistribuir atribuições, descentralizar e deixar que cada Estado e Município faça o seu trabalho sozinho, toda essa carga aí que é redistribuída sob a forma de despesas vai ter que ser redistribuída sob a forma de recursos, as transferências tributárias aumentariam.

Noronha — Essa é uma questão importante. Em alguns lugares a União arrecada muito e fica pouco, mas só assim, em compensação, o Nordeste é capaz de receber uma verba extra. Você poderia justificar a centralização em função dessa capacidade de realocar recursos. Isso, eu acho meio complicado. É preciso examinar essa coisa com cuidado, para decidir afinal como é que vai ficar essa questão da transferência de recursos.